FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 N° .....

THÈSE

217

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

PIERRE LAVAL

Né à Thémines (Lot), le 12 Mars 1905

Diagnostic des abcès pulmonaires périscissuraux et des pleurésies interlobaires masqués par un syndrome splenopneumonique

Président de Thèse : M. le Professeur BEZANÇON

Librairie Marcel VIGNE
11 et 13, rue de l'Ecole de Médecine
PARIS (VIe)
1930

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 N° .....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

PIERRE LAVAL

Né à Thémines (Lot), le 12 Mars 1905

Diagnostic des abcès pulmonaires périscissuraux et des pleurésies interlobaires masqués par un syndrome splenopneumonique

Président de Thèse : M. le Professeur BEZANÇON

1930
Librairie Marcel VIGNE
11 et 13, rue de l'Ecole de Médecine
PARIS (VIe)

I. — PROFESSEURS

Le Doyen	M. ROGER.
	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MAURICE VILLARET
Clinique médicale	CARNOT. BEZANCON. ACHARD. MARCEL LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie.	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.	AUBERTIN.
Pathologie médicale.	BENARD Henri.
Physiologie.	BINET.
Chimie biologique.	BLANCHETIERE.
Pathologie chirurgicale.	BROCQ.
Pathologie médicale.	BRULE.
Pathologie chirurgicale.	CADENAT.
Pathologie médicale.	CATHALA.
Pathologie médicale.	CHABROL.
Pathologie médicale.	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.	DE GAUDAR D'ALLAINES.
Physique.	DOGNON.
Pathologie médicale.	DONZELOT.
Obstétrique.	ECALLE.
Urologie.	FEY.
Pathologie expérimentale.	GARNIER.
Bactériologie.	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.	GATELLIER.
Histologie.	GIROUD.
Pathologie médicale.	HARVIER.
Anatomie.	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Hygiène.	JOANNON.
Chimie biologique.	LABBE Henri.
Parasitologie.	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-Laryngologie.	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.	LEROUX.
Pathologie chirurgicale.	LEVEUF.
Pathologie médicale.	LIAN.
Pharmacologie.	MERCIER Fernand.
Pathologie chirurgicale.	MONDOR.
Pathologie médicale.	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.	MOURE.
Histologie.	MULON.
Anatomie Pathologique.	OBERLING.
Anatomie.	OLIVIER.
Médecine légale.	PIEDELIEVRE.
Obstétrique.	PORTES.
Pathologie chirurgicale.	QUENU.
Physiologie.	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie.	SEZARY.
Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT. (Pasteur).
Obstétrique.	VAUDESCAL.
Ophtalmologie.	VELTER.
Histologie.	VERNE.
Obstétrique.	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT. LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.
Obstétrique	DEMELIN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale	LERI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS.

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrég.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la memoire de ma Mère

Ravie trop tôt à notre affection.

A mon Père

Je dédie ces quelques pages. Faible témoignage de ma profonde affection.

A la mémoire de mes Grands Parents

A ma Grand'mère

Meis et Amicis

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur BEZANÇON

Professeur de clinique médicale
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Qu'il nous permette de lui exprimer notre profonde gratitude pour son enseignement et pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

A mes Maîtres des Hôpitaux de Limoges

Messieurs :

Le Docteur THOUVENET
Professeur de Clinique Médicale

Le Docteur DESCAZALS
Chirurgien de l'Hôpital

Le Docteur MARCLAND
Médecin de l'Hôpital

Le Docteur VOUZELLE
Professeur de clinique obstetricale

Le Docteur DE LEOBARDY
Médecin de l'Hôpital

Le Docteur BAZERT
Chirurgien de l'Hôpital

Le Docteur DELOTTE
Accoucheur de la maternité

A mes Maîtres des Hôpitaux de Paris

Messieurs :

Le Professeur COUVELAIRE
Professeur de clinique obstétricale

Le Professeur GUILLAIN
Médecin de la salpêtrure

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, nous avons été particulièrement intéressé, par l'histoire clinique d'un malade dont nous avons pu suivre pendant un certain temps l'évolution. Aussi avons-nous eu l'idée de le prendre pour point de départ de ce travail.

Dans cette thèse, nous allons étudier les difficultés que peut présenter chez l'adulte le diagnostic positif d'une suppuration pulmonaire, à type pleurésie interlobaire ou à type abcès du poumon periscissural, quand, pendant toute une période de l'évolution clinique, on ne trouve à l'examen qu'un syndrome pseudo-pleurétique de la base, ou splenopneumonique.

En effet, ce malade a présenté une histoire intéressante, en ce sens, que pendant toute une première partie de sa maladie, il nous est apparu, non comme un pulmonaire, mais comme un pleural. Il présentait presque tous les signes d'un épanchement moyen de la base; seule, l'absence de liquide dans sa plèvre était en opposition avec cette symptomatologie. Par la suite, dans une seconde

partie de son histoire, nous vîmes apparaître certains signes pulmonaires formant contraste avec les signes pleurétiques du début. A ce moment là, nous nous sommes trouvé, devant un sujet présentant un foyer de suppuration de la région pulmonaire moyenne, se vidant par une vomique. Malheureusement, il ne nous a pas été permis de préciser exactement la localisation de cette suppuration, le contrôle opératoire n'ayant pu se faire dans des conditions favorables. Les adhérences rencontrées sur son chemin par l'opérateur ne lui ont pas permis de reconnaître l'origine exacte du pus. Autrefois, avec de telles données, nous aurions porté le diagnostic de pleurésie interlobaire évoluant sous un masque pseudo pleurétique, nous n'aurions songé qu'à peine à la possibilité d'un abcès pulmonaire périscissural. Actuellement avec nos connaissances plus précises sur la nature et la fréquence relative des suppurations siégeant dans cette région, nous croyons pouvoir affirmer, sans trop craindre une erreur, que nous nous sommes trouvé devant un sujet porteur d'un abcès pulmonaire siégeant dans la région périscissurale. Ainsi, en résumé, notre malade était un pulmonaire porteur d'une suppuration ayant tout d'abord présenté un tableau pleural, tableau qui avait fait errer le diagnostic pendant un certain temps.

HISTORIQUE ET ETAT ACTUEL DE LA QUESTION PLEURESIE INTERLOBAIRE ET ABCES DU POUMON

L'abcès du poumon est connu depuis longtemps, mais dans les ca soù il siège à la partie moyenne des poumons, dans les régions périscissurales, son diagnostic différentiel avec les pleurésies interlobaires est difficile. Jusqu'à ces dernières années il n'était pour ainsi dire pas envisagé; tous les auteurs, décrivant ces suppurations comme des pleurésies interlobaires. Aussi, pour nous faire une idée exacte de l'évolution des opinions professées par les principaux auteurs, nous allons faire un historique rapide de la question pleurésie interlobaire et abcès du poumon.

Connue depuis l'antiquité, la Pleurésie interlobaire n'est retrouvée dans les descriptions cliniques qu'au siècle dernier. Bayle parait être le premier qui en ait donné une description, il écrit en effet qu'il faut se méfier de confondre, avec la suppuration de l'intérieur du poumon, certains cas de pleurésie enkystée entre les deux lobes d'un pou-

mon. Laennec a décrit, contrairement à ses contemporains, qui attribuaient les phénomènes observés à la formation d'abcès dénommés voniques, des pleurésies se faisant entre les lobes du poumon. Toutefois, la connaissance exacte de cette affection ne date que de Dieulafoi. On retrouve bien, avant lui, des travaux de Lherminier, Brousseau, Jacaud, Trousseau, etc...; mais c'est cet auteur qui lui a donné son individualité propre. Son étude a porté principalement sur les pleurésies para et méta-pneumoniques; il a décrit deux phases bien distinctes dans leur évolution, une première fermée à symptomatologie fruste, une deuxième ouverte à symptomatologie plus nette. Sa description fut fondée sur quelques cas vérifiés principalement par l'intervention chirurgicale. A côté de ces pleurésies méta et para - pneumonique, il a étudié les enkystements survenant primitivement à la manière d'une affection batarde. « Ce qui domine pendant la première période de la pleurésie interlobaire, ce sont des signes pulmonaires d'emprunt, râles, souffle, submatité et quand l'épanchement est formé, c'est une zone mate entourée d'une zone plus sonore soit en arrière, soit dans l'aisselle. » Telle est sa description de la période de fermeture. A la période d'ouverture, il insiste sur la présence d'hémoptysie, de la fétidité de l'haleine, de la production de vomi-

que et la présence d'un foyer caverneux à la partie pulmonaire moyenne. Cette description d'un seul coup est devenue classique et en présence d'un syndrome suspendu, tous les cliniciens ont pensé à la possibilité d'une pleurésie enkystée.

Alors, toute une série de travaux fut entreprise on précisa certaines de ses données. Les signes radiologiques furent éudiés par Beclere, qui montra l'utilité de varier les positions de l'ampoule par rapport à la scissure. On en vint, pour le syndrome suspendu radiologique comme pour le syndrome suspendu clinique, à le considérer à lui seul, comme une preuve suffisante de pleurésie interlobaire. Seuls Paisseau et Salomon essayerent, dans un travail récent, de lui donner une délimation nette à opposer à celle obtenue dans l'image des abcès.

Pendant tout cette période, nous trouvons des travaux de Chauffard, de Guy Laroche, de Ardin Deltheil, de Caussade, d'Epagneul, de Debert, de D'Hour et Desplat et Armand Dellile qui s'intéressent aux formes à symptomatologie fruste, ou plutôt aux cas évoluant pendant un certain temps sous un masque d'emprunt. Paillard, en 1924, dans un travail où il résume l'opinion admise jusqu'alors, écrit : « Le fait de retirer du pus franc en quantité franche, est un argument important en faveur de la suppuration pleurale en-

kystée, et permet de la diagnostiquer des abcès. » Jusqu'alors on voit que tout suppuration de la région moyenne était baptisée pleurésie interlobaire et bien rares étaient les auteurs qui songaient à discuter son diagnostic différentiel avec les abcès pulmonaires siégeant dans cette région. Quelquefois cependant, à l'opération oú à l'autopsie, on constatait l'erreur, mais on n'y prêtait qu'une attention relative.

C'est à ce moment-là que Kourilsky, dans sa thèse, publie les résultats des recherches qu'il fit sur les abcès pulmonaires et les pleurésies interlobaires. Il écrit ces quelques lignes pour faire bien voir l'erreur commise par de nombreux cliniciens « Chaque fois que chez un malade qui crache du pus et qui n'est pas tuberculeux, on constate un foyer, cavitaire ou non, siégeant dans un lobe en dehors des scissures, on dit qu'il est atteint d'abcès du poumon. Lorsque la collection siège dans la région moyenne, on dit en général qu'il est atteint de pleurésie interlobaire. » Cet auteur note, en outre, que toutes les fois qu'il a trouvé, barrant transversalement un hémithorax, un foyer de condensation, excavé ou non, chez un malade qui crachait du pus, une intervention chirurgicale ou une autopsie lui a montré qu'il s'agissait uniquement d'une suppuration pulmonaire. Aussi conclut-il que 9 fois sur 10, lorsqu'on

hésite entre une suppuration pulmonaire et une suppuration pleurale enkystée, la vérification opératoire montre l'existence d'un abcès.

C'est alors que Lemierre, Sergent, Besançon, Léon Bernard, Paisseau etc..., firent de nombreux travaux sur ces questions. Il est actuellement admis, que chez l'adulte, la majorité des cas de suppuration siégeant dans la région des scissures, est due à des abcès. La pleurésie interlobaire a même été niée par certains auteurs (Rist) qui ont écrit qu'elle était un mythe ou une pure vue de l'esprit. Pour la plupart des cliniciens, elle existe pourtant, mais on admet qu'elle est d'une grande rareté. Le diagnostic différentiel des deux affections est très délicat et difficile à préciser. Pour pouvoir s'en faire une idée exacte, il est bon de bien connaître l'anatomie des scissures pulmonaires et leur rapport avec la cavité thoracique, étude que nous allons esquisser.

RAPPORTS DE LA CAGE THORACIQUE AVEC LE POUMON SOUS - JACENT

Comme nous venons de le dire avant d'aborder définitivement cette étude, il nous semble intéressant de résumer certaines données anatomiques que nous possédons sur la cage thoracique, son contenu et leur rapport réciproque.

Le thorax est une cavité, à la fois osseuse et cartilagineuse, où se logent principalement les poumons et le cœur. Il est essentiellement constitué par douze vertèbres en arrière, par le stermum en avant, et placés symétriquement de chaque côté les 24 cotes et cartilages costaux, soit 12 dans chaque hémithorax. Ces arcs costaux s'inclinent tous de haut en bas et d'arrière en avant,obliquité d'autant plus accentuée qu'on approche de la base du thorax. Au dessus de cette cage thoracique, lui étant accolé, faisant partie de la ceinture scapulaire, nous trouvons, en arrière, l'omoplate dont la pointe descend jusqu'au 6ème espace; en avant, la clavicule qui croise la première côte et le premier espace intercostal.

A l'intérieur de la cavité ainsi formée, nous avons différents organes, mais nous ne préciserons les rapports que des poumons, ceux-ci étant seuls en jeu dans cette étude. Ils ont la forme d'un demi cone, convexe en dehors, dont le sommet serait en haut vers le cou, et la base reposerait sur le diaphragme. La face externe des poumons qui répond à la face interne de la cage thoracique, présente une scissure profonde qui se dirige obliquement de haut en bas, et d'arrière en avant, commençant à 6 centimètres environ au-dessous du sommet des poumons, elle va se terminer en bas à la partie antéro-inférieure de cet organe. Sur le poumon gauche cette scissure est unique; au contraire, à droite, de simple qu'elle était à son origine, elle ne tarde pas à abandonner un prolongement qui en suivant un trajet presque horizontal, se dirige vers le bord du poumon.

Ces scissures s'étendent en profondeur jusqu'au voisinage du hile, divisant ainsi cet organe en lobes; c'est pourquoi elles ont été nommées scissures interlobaires. Le poumon gauche n'en ayant qu'une, possède deux lobes; quant au poumon droit, puisqu'il possède deux scissures, il va se décomposer en trois lobes. De tous ces lobes, l'inférieur est généralement le plus volumineux.

Mais ce qui importe, pour nous comme pour beaucoup de cliniciens, c'est de bien connaître les

rapports du contenu avec le contenant, cette connaissance est absolument indispensable pour préciser un diagnostic en pathologie médicale et en chirurgie, pour pouvoir intervenir avec efficacité.

De nombreux travaux ont été faits pour assigner un trajet exact aux scissures par rapport à la paroi thoracique. Actuellement on ne peut que se faire une idée moyenne de leur rapport exact, moyenne donnant une approximation suffisante pour la pratique courante.

La scissure oblique droite ou encore scissure inférieure, commence en arrière au niveau de la 5e cote (Rochard) ou de la 4ème; de là, elle se porte obliquement en avant et en bas et vient se terminer dans le 5ème espace intercostal droit où à la face interne de la 6ème côte. Dans la ligne axillaire elle est en rapport avec la 5ème côte.

La scissure oblique gauche commence légèrement plus haut, vers la 4ème côte ou le 3ème espace et se termine un peu plus bas qu'à droite, en un point où le cartilage fait suite à la côte. Dans la ligne axillaire elle répond à la face interne de la 5ème côte comme la précédente.

La scissure horizontale du poumon droit se sépare de la scissure oblique au niveau du 4ème espace intercostal, dans la partie recouverte par le scapulum; de là elle se porte en avant et vient

se terminer au niveau du 3ème espace intercostal.

Avec ces données anatomiques restreintes, nous comprendrons mieux la suite de cette étude; il nous sera ainsi beaucoup plus facile de nous rendre compte de l'étendue des lésions et surtout de leur localisation.

OBSERVATION PERSONNELLE

D'UNE ETUDE RAPIDE

Jean H... 19 ans, ouvrier en chaussures, entre à l'Hôpital de Limoges avec le diagnostic de pleurésie le 20 avril. Dans ses antécdents personnels on ne trouve à signaler qu'une rougeole vers l'âge de 10 ans, dans ses antécédents héréditaires, il n'y a rien à noter.

Le début de sa maladie remonte à douze jours. Dans le courant de la journée au début de l'après-midi, il a été pris d'une sensation de froid qui, très rapidement, a fait place à des frissons répétés, il n'avait pu se rendre à son travail et devant ces symptômes, il se met au lit. Un point de côté violent accompagné d'une dyspnée assez pénible ne tarde pas à s'installer. Le soir sa température est assez élevée: 39 ° 5.

Dans les jours suivants, les symptômes restant les mêmes, il fait appeler son médecin qui l'examine et fait le diagnostic de pleurésie de la base. Il fait plusieurs ponctions qui ne donnent aucun résultat. Devant ces faits et devant le mauvais

état de son sujet, il décide de l'envoyer à l'Hôpital, le malade traine plusieurs jours chez lui et finit par entrer le 20 avril,douze jours après le début de sa maladie.

A ce moment, le malade nous paraît très abattu; son facies est pâle et tiré, sa langue est saburrale; il présente une dyspnée assez intense 30 inspirations à la minute, sa respiration à l'air d'être du type costal supérieur. Il se plaint toujours de son point de côté siégeant à droite, vers la base, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire, ses urines sont rares.

A l'inspection, nous remarquons qu'il ne ne présente aucune déformation thoracique, on note une immobilité à peu près absolue de son hemithorax droit.

A la percussion, en arrière à la base droite, on trouve une zone présentant une matité de bois; zone s'étendant dans les 2/3 inférieurs du poumon, remontant à 2 travers de doigt au dessus de l'omoplate, cette limite supérieure est peu nette; sur le côté, dans l'aisselle, la matité paraît remonter jusqu'au niveau de la 5ème côte. Au-dessus de cette zône, la percussion semble normale. Du côté gauche, nous ne constatons rien d'anormal. En avant, nous retrouvons, aussi à la base, une zone mate, mais la matité est moins nette et n'a plus tout à fait le même caractère de bois qu'en arrière;

elle parait remonter environ à la 6ème côte sans qu'il soit bien aisé de préciser cette limite. Dans la région claviculaire, nous remarquons une zone à sonorité plutôt exagérée présentant du skodisme sous-claviculaire. A gauche on ne trouve rien à signaler. Le foie ne parait pas abaissé. La limite supérieure de cette matité, tout en n'étant pas très nette, ne présente pas le caractère de la courbe de Damoiseau, en arrière elle parait être horizontale, puis s'incline légèrement pour aller aboutir environ à l'union de la 6ème côte et du stermum.

A la palpation, nous constatons, dans la zone où précédemment nous avions noté de la matité, une abolition complète des vibrations vocales.

A l'auscultation nous notons une respiration abolie, on n'entend plus du tout le murmure vésiculaire. Cette abolition correspond exactement à la zone de matité. Vers la limite supérieure de cette zone, on remarque la présence d'un souffle expiratoire à timbre plutôt aigre. En outre, la présence d'egophonie et de pectoriloquie aphone est à signaler.

Devant cet ensemble de signes, une ponction exploratrice pratiquée, dans le 6ème espace, vers la région axillaire, est négative. Plusieurs autres ponctions pratiquées au niveau du 6e et 7e espace, soit sur la ligne axillaire, soit plus en dedans, furent négatives quoique pour éliminer la possi-

bilité d'une pleurésie bloquée, la technique de Mosny (ponction avec 2 aiguilles) ait été utilisée. Devant ce résultat, on pense à un syndrome splenopneumonique. Les jours suivants à tous les examens on retrouve les mêmes résultats; l'état général est toujours très mauvais.

4 jours après, soit le 24 avril, le malade qui jusqu'ici avait eu une expectoration peu abondante, se met à rejeter des crachats plus nombreux et plus visqueux. Le lendemain il se plaint qu'il trouve un mauvais goût prononcé à sa salive et que son haleine est d'odeur fétide. Dans la nuit du 25 au 26,il est pris de quintes de toux répétées; et, au milieu d'une de ces quintes, il rejette un pus jaune verdâtre en quantité assez abondante, environ 200 à 250 gr.; au matin, il rejette encore des crachats purulents, mais en quantité moindre. Ce pus est examiné, on note la présence de pneumocoques et l'absence de B. K., on retrouve de nombreux lencocytes polynucleaires.

La température qui, la veille encore, se tenait à 39 ° 5, tombe à 37 ° 8; le malade parait un peu moins oppressé. A l'examen on ne remarque pas de changement à la percussion; seule l'auscultation de la région moyenne fait apparaître un élément nouveau, un souffle caverneux avec présence de bruits hydro-aériques.

Le 27, le malade étant moins fatigué, on peut

pratiquer une radioscopie; elle donne seulement une image sombre des 2/3 inférieurs du poumon. Sa limite supérieure ne peut être exactement précisée; c'est vers la 6ème côte environ qu'elle parait s'arrêter. L'ombre radioscopique toutefois parait peut-être un peu moins sombre que dans une pleurésie de la base.

Une ponction profonde dans le 6ème espace, vers le bord de l'omoplate, est négative. Une nouvelle ponction pratiquée dans le même espace, mais dans la région axillaire donne issue à un pus jaune-verdâtre, bien lié, son examen confirme la présence de pneumocoque.

Le malade continue à cracher du pus mais en petite quantité. La température se tient aux environs de 37° 5. L'état général s'est amélioré.

Le 30, on retrouve les bruits cavitaires à l'auscultation d'une façon nette. Une nouvelle radioscopie est alors pratiquée, elle donne toujours la même ombre de toute la base, mais à la partie supérieure de cette obscurité,ou à la partie moyenne du poumon, on remarque une bande plus sombre. Cette bande traverse transversalement le champ pulmonaire.

Le malade, après cette période, continue à cracher. L'amélioration qui avait fait suite à la vomique ne se maintient pas. La température ne reste pas stationaire; elle remonte de 37 ° 5 à 39 °; elle

arrive à 39° 5 en présentant des oscillations d'un degré environ, le 5 mars. Aussi, une intervention chirurgicale pour drainer cette poche purulente est-elle décidée.

Le 6, l'intervention a lieu, sous-anesthésie locale, une résection de la 6ème côte vers la ligne axillaire est pratiquée sur une largeur de quatre travers de doigt. Pas de liquide dans la cavité pleurale qui parait libre dans sa portion inférieure ; au contraire, dans sa portion supérieure, à partir du niveau où on l'a abordée, on trouve des adhérences gênant le doigt de l'opérateur qui, avec une grande difficulté, finit par faire surgir le pus dans la région de l'interlobe, mais le doigt n'a pu reconnaître exactement la scissure. La poche purulente fut drainée.

Après cette intervention, il y eut une amélioration des symptômes généraux, mais de courte durée. La poche continue à suppurer et l'état général périclite. La T remonte, l'amaigrissement devient intense. Aussi la famille le reprend chez elle le 14 mai. Son état continue à empirer et il meurt le 17 mai dans un tableau d'intoxication générale.

Ce malade, dont nous venons d'exposer l'histoire clinique, a donc présenté deux périodes bien tranchées. En effet, nous voyons, au début, dans toute une première phase qu'il

s'est présenté à nous comme un pleural et non comme un pulmonaire. Dans une autre partie de son évolution, il a laissé se dessiner petit à petit, sous ce masque pleural, des symptômes de suppuration pulmonaire.

A la période de début que constatons-nous en effet ? Un malade présentant la plupart des signes d'un épanchement pleural droit, d'abondance moyenne, pourtant nous n'avons trouvé aucune trace de liquide dans cette cavité. Cet ensemble de signes d'épanchement sans liquide n'est pas complètement une inconnue pour nous. Si nous l'examinons assez attentivement, nous voyons qu'il ressemble d'une façon assez nette au syndrome splenopneumonique décrit par Grancher.

Ce syndrome fut d'abord entrevu par Voilez qui, par deux fois, a eu l'occasion d'entendre une voix égophonique manifeste due, comme une autopsie ultérieure le lui montra, à une simple hyperhemie pulmonaire. Auparavant, Verliac avait lui aussi, signalé des broncho-pneumonies simulant la pleurésie sans que la cavité pleurale contienne la moindre trace de liquide. Toutefois, Grancher a eu le mérite de dégager le type clinique de la spleno-pneumonie. Il écrit : « Entre la congestion pulmonaire de Voillez et Bourgeois et la pneumonie lobaire franche, à côté de la bron-

cho-pneumonie, il existe un état du poumon qui simule la pleurésie à épanchement moyen. »

Cet état, d'après la description de Grancher et de Bourdel, emprunte à la pleurésie presque tous ses symptômes. Ce dernier auteur donne quelques signes différentiels, ainsi il écrit: « Tous ces signes expectoration gommeuse, crépitation fine à la base, absence de déviation du sternum,persistance de la sonorité de l'espace de Traube, constituent par leur union, un ensemble de probabilités en faveur de la spléno-pneumonie. » A cet ensemble de signes, il convient d'ajouter l'impossibilité de pratiquer une ponction positive.

Plus tard, des études nombreuses furent faites sur ce syndrome pseudo-pleurétique, les discussions et contestations s'élevèrent en nombre, non que son existence clinique fut niée, mais c'est principalement la nature de son anatomie pathologique qui fut contreversée. Baudoin (Tours 1910), arrive à la conclusion suivante : « La spleno-pneumonie n'est pas par elle-même une entité morbide, mais un syndrome justiciable d'une étiologie variable ». Il n'admet pas les conclusions de Mosny Malloisel émises en 1907, ces auteurs avaient cherché à expliquer l'apparence pleurétique de ce syndrome par des modifications importantes de la plevre qui pourrait atteindre une épaisseur de 3 cm disaient-ils. D'après Baudoin,

cette apparence liquidienne serait due uniquement à des modifications pulmonaires telle que le poumon serait hyperhemié et transformé en une éponge gorgée de sang. Il ne parait pas présenter une individualité bactérienne.

Il faut donc le considérer comme un syndrome. Syndrome dû, peut-être, à la réaction de voisinage d'une collection purulente, pleurale ou parenchymateuse, il peut être aussi l'expression clinique d'une tuberculose du type pneumonie casceuse (Armand Delille), soit une congestion banale (Besançon).

En définitive ses signes peuvent se résumer dans le schéma suivant :

a Signes d'épanchement;

b) Pas d'épanchement;

c) Lésions pulmonaires.

Notre malade a évolué pendant une longue période sous le masque spléno-pneumonique, puis, dans une deuxième période, nous avons vu apparaître successivement une vomique et une localisation purulente dans la région scissurale. D'abord masquée par le syndrome pseudo-pleurtéique, cette localisation, qui n'a pu malheureusement être précisée exactement, est-elle une rareté médicale? Il est assez facile de répondre à cette inter-

rogation, car en faisant des recherches, nous remarquons que les auteurs ont assez souvent cité des cas semblables. Nous trouvons en effet des observations assez nombreuses, soit de pleurésies interlobaires, soit d'abcès pulmonaire de la région périscissurale, ayant évolué sous un masque d'épanchement de la base. Nous remarquons tout de suite que c'est surtout comme pleurésie interlobaire que ces cas ont été exposés, nous n'en serons pas étonné si nous nous souvenons des notions admises jusqu'ici.

Nous allons rapporter ces cas et nous pourrons tirer de la comparaison de leur évolution avec celle de notre malade, les enseignements qui nous paraitront utiles pour faire leur diagnostic et instituer leur traitement.

OBSERVATIONS RESUMEES

DE LA LITTERATURE MEDICALE

Observation I (résumée)

Gallois (Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux 1904).

Malade entré pour grippe dans le service Rigal, 1895. Toussait mais crachait à peine.

Après examen, on conclue à une pleurésie gauche. Mais la sonorité de l'espace de Traube est conservée. Une ponction au Potain est négative. On porte alors le diagnostic de spleno-pneumonie.

Entré alors à l'Hôpital, on a pu constater un souffle avec maximum un peu au-dessus et en dehors de la pointe de l'omoplate. Rigal pense à la possibilité d'une pleurésie-interlobaire. L'opération fut décidée pour le lendemain; mais le malade mourût de congestion aiguë dans la nuit une thoracentèse post-mortem ramena du pus. Le diagnostic était confirmé.

Observation II. — Gallois 1904 (résumée)

Malade entré à Bichat, présentant tous les signes de pleurésie gauche, avec épanchement. Traube est sonore. Une ponction est négative. Trois semaines après la malade se trouvait moins bien, après une amélioration passagère, elle présentait une gêne respiratoire intense. Gallois fit un nouvel examen qui lui fit trouver une bande de matité, cette bande occupait la région axillaire et se prolongeait en avant sous les premières côtes, en arrière sous l'omoplate.C'était le type de matité suspendue de Dreulcofoy. Dans l'aiselle, présence d'un souffle pleurétique,Gallois porte le diagnostic de pleurésie interlobaire. Une ponction retira 300 gr. de liquide séreux.

Observation III. — Thiroloix 1907 (résumée)

G. 35 ans, entre à l'Hôpital pour affection des voies respiratoires. Après frissons et point de côté, son médecin l'envoie à l'Hôpital avec le diagnostic de pleurésie. A l'examen, 15 jours après le début de la maladie; à droite rien à noter; à gauche, à la base, syndrome pleurétique avec ma-

tité, abolition des vibrations vocales et du murmure vésiculaire, égophonie, pectoriloquie aphone, souffle aigre, l'espace de Traube est sonore. T 38 ° 4. Poul 100. Une ponction ramène quelques gouttes de sérosité.

Du 15 août au 14 mai, rien de particulier. T monte, descend et remonte.

Le 14 mai,il remplit son crachoir de crachats purulents, après de nombreuses quintes de toux; à l'examen, réapparition du murmure vésiculaire à la base, avec râles; il présente un syndrome cavitaire à la partie moyenne. Radio montre une obscurité de toute la base.

Le 18 mai, nouveaux crachats purulents. Une ponction retire du pus, un peu au-dessus, en dehors de la pointe de l'omoplate. T décroit et les signes suspendus disparaissent. Guérison. Présence de pneumocoque et absence de B. K. dans les crachats et dans le pus.

Observation IV. — Thiroloix (résumée)

L... 52 ans. Pas d'antécédents. Point côté après frissons. Toux et gêne respiratoire. Dyspnée très intense, T 38° 6.

Le côté droit est immobile, les vibrations voca-

les abolies, mais elles reparaissent à mesure qu'on remonte vers la partie supérieure. A l'auscultation, souffle aigre, voilé avec abolition du murmure, vésiculaire, égophonie et pectoriloquie aphone. Une ponction (Mosny) est négative. A gauche, poumon normal. Expectoration: Pas de B. K. et présence de pneumocoques. Pendant 3 semaines, signes invariables T 37 °, 38 °.

A ce moment, dyspnée très vive avec sensation de tension du côté, pendant 6 jours. T 39 ° 40 °, matité plus accusée vers le hile, à l'auscult. de ce foyer, souffle rude.

Alors survient une légère hémoptisie avec fétidité de l'haleine, suivie de quintes de toux et d'une vomique (400 gr.). L'expectoration purulente se répête en diminuant. L'état s'améliore et le malade évolue vers la guérison.

Observation V. — Guy Laroche et Brodin Chauffard (résumée)

M. C... 74 ans. Pas d'antécédents. Décembre 1911 pris de léger point de côté, dyspnée, fièvre et expectoration mucopurulente, toux légère, adynamie avec tendance, somnolence, cet état rétrocède.

En 1912 réapparait une expectoration purulente

bien liée, abondante, ne se présentant pas sous forme de vomique massive. T à type oscillante. Pas de B. K. et présence de pneumocoques. L'auscultation montre ronchus et sibillances,et,à la partie moyenne, dans une zone normale à la percussion, le murmure vésiculaire est très diminué. Revu le 22 février, il présente matité 1/2 inférieure du poumon gauche. Vibrations abolies et murmure vésiculaire disparu dans cette zone, souffle expiratoire dans région axillaire.

Pas de liquide dans 9e et 8e espace, une 3ème ponction dans le 6ème ramène du pus bien lié, de provenance interlobaire probable paraissant se rattacher au foyer suspendu soupçonné antérieurement. La radio montre un foyer suspendu en forme de coin.

Opération: Anesthésie locale, résection costale, plevre bien explorée, foyer incisé et drainé. Soulagement passager et mort par cachexie.

Observation VI. — Chauffard (résumée).

Mme H... 34 ans, entre après vomique fétide le 8 décembre; maladie remontant au 15 nov., ayant débuté par point de côté, apparu brusquement dans l'aiselle droite, expectoration mousseuse, non

purulente. Cet état persiste le 7 décembre ou le 22ème jours. Le point de côté est plus douloureux, le malade tousse et rejette du pus; il n'a pas eu d'hémoptysie, ni fétidité de l'haleine.

A l'examen, matité de la partie inférieure du poumon droit, avec silence respiratoire et abolition des vibrations, à la partie moyenne, on entend des râles humides et une respiration soufflante,surtout dans l'aisselle. Une ponction dans le 8e espace est négative.Température tombe le lendemain de 41 ° à 37 °.

Radio. Obscurité très prononcée, correspondant à la matité, au-dessus, zone claire arrondie, contenant à sa partie déclive du liquide qui suit les mouvements. Son niveau supérieur atteint le 4e espace. Intervention le même jour, résection costale, on atteint la poche. Guérison sans incident.

Observation VII. — Chauffard (résumée)

M. B. ingénieur, entre pour vomique consécutive à pleurésie purulente, début remontant à un mois, par point de côté gauche et dyspnée. Il se développa un foyer submat avec souffle laissant penser à pleurésie à épanchement moyen. Traube sonore, température élevée sans oscillations.

En décembre,27 jours après le début,malade présente une haleine fétide, et, sans quinte de toux, expectore en 20 heures un litre de pus. Plusieurs ponctions en différents espaces furent négatives. A l'entrée, matité de la base, présence de souffle amphorique, siégeant à partie moyenne, point de côté douloureux. Toux fréquente, quinteuse. Expectoration abondante. Pas de B. K. Urines peu abondantes.

Lendemain. L'examen montre matité remontant jusqu'à la fosse sous-épineuse. A l'auscultation on entend un souffle occupant la partie moyenne de l'hemithorax gauche, bruit de flot à la succussion.

Radio. Opacité absolue occupant la base gauche, remontant à la limite supérieure de la matité, succussion négative à l'écran et mouvements sans influence sur la limite supérieure. Ponction à un travers de doigt de l'omoplate, retire du pus fétide. Intervention, on trouve dans interlobe du pus, malgré cette opération, mort.

Autopsie: Plevre interlobaire épaissie, lobe inférieur aplati. L'examen histologique montre des zones d'atélectasie et de splenisation avec œdeme intra-alveolaire.

Observation VIII. — Brodin Chauffard (résumée)

D. Lucien, employé P.L.M., entré pour toux et point de côté. Après avoir contracté un rhume, il ne s'arrête pas, puis, devant l'aggravation de son état, entre à l'Hôpital. Il présente une toux fréquente, une expectoration purulente et une douleur diffuse. A l'auscultation, râles disséminés à gauche.Les signes locaux sont légers et, l'état parait profondément atteint. T 39 ° 5. Poul 96.

Brusquement, dans la nuit (31 avril),il expectore 200 gr. de pus dans une quinte de toux. L'auscultation n'a pas changé, râles de bronchite et sous-crépitants. Au niveau de l'épine de l'omoplate, on trouve une zone submate sur 3 travers de doigt. T moins élevée, expectoration aussi abondante, 200 gr. par 24 heures.

Radio: Le 5 janvier, montre à la partie pulmonaire moyenne, une zone grisâtre mal délimitée avec image lacunaire. La base est plus grise que normalement.

Les signes locaux se modifient, à la matité suspendue s'ajoute à la base, une matité franche, avec obscurité respiratoire. Une injection de sérum antigangréneux n'amène pas de changement.

La matité de la base rejoint bientôt la matité

suspendue. Les vibrations et le murmure vésiculaire sont abolis. L'ensemble simule un épanchement. Une ponction est négative. La radio montre une obscurité des 2/3 inférieurs. Une intervention est pratiquée. On ne trouve aucun épanchement de la grande cavité.

Le doigt dans l'interlobe donne issue à 500 gr.de liquide séreux d'odeur fétide. La température tombe à 37 °. Guérison.

Observation IX. — Ardin Deltheil (résumée)

B. Marie 59 ans, entre Hôpital 7 décembre 1917. Prise il y a 3 jours de frissons et d'un violent point de côté. La température est élevée, elle ne crache pas, ni ne tousse pas.

L'examen montre une matité des 2/3 inférieurs du poumon droit, avec abolition des vibrations vocales et, diminution du murmure vésiculaire accompagnée d'un souffle expiratoire. On remarque aussi de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone. On constate un schéma de suppléance sous la clavicule. Pas d'expectoration, urines rares avec traces d'albumine.Le diagnostic de pleurésie de la base est portée. Deux ponctions sont négatives. On envisage alors le diagnostic de spleni-pneumonie.

La température élevée persiste. Le 21 les signes d'épanchement sont tellement nets, qu'on refait une ponction (technique de Mosny); elle est encore négative. Cependant l'état s'altère. Température oscille entre 38°,39°.L'idée de spléno-pneumonie tuberculeuse vient à l'idée. Le 3 janvier, numération leucocytaire. Polynucleaires 82 % grands et moyens mononucleaires 8 %, Lymphocytes 10 %, cosmophyles 0 %. formule qui est en faveur d'une suppuration.

Lendemain, malade crache 1/2 crachoir de pus. Le 13 janvier,une ponction profonde au niveau de l'interlobe ramène du pus. La température s'abaisse et le malade entre en convalescence.

Observation X. — Mêmes auteurs (résumée)

S. Adrienne, 22 ans, entrée pour maladie remontant à 3 semaines, à eu un point de côté gauche, une toux légère sans expectoration, son état général est touché.

Elle se plaint à ce moment d'un point de côté, son mauvais état attire l'attention. A l'examen on trouve à gauche, en avant, un schéma de suppléance sous-claviculaire, l'espace de Traube est sonore; en arrière, matité avec abolition des vibra-

tions, au 1/3 moyen, souffle expiratoire, égophonie et pectoriloquie aphone. T 38 °.

En septembre, l'état s'aggrave. La toux est sans expectoration. La formule leucocytaire indique 77 % de polynucleaires.

A la radio, obscurité complète de la base gauche, diaphragme invisible. Une ponction exploratrice (Mosny) est négative. Elle crache de plus en plus abondamment, mais ce n'est pas sous forme de vomique.

9 octobre, toujours les mêmes signes d'épanchement. Pas de B.K. dans les crachats. Le 13 la dyspnée est forte, à la radio, on voit une obscurité gauche allant en dégradant de bas en haut. De nouvelles ponctions dans les 8ème et 7ème espace sont négatives.

Le 24, une radio indique une obscurité suspendue peu nette au milieu d'une obscurité générale. L'expectoration est moins abondante. Les vibrations sont abolies dans les 2/3 inférieurs du poumon. L'état général s'améliore et le mieux s'accentue rapidement. Le poumon devient plus perméable et elle entre en convalescence.

Observation XI (résumée). — Ardin Deltheil, Dervieu, Levy-Valensi (Alger).

P. Antoine, 18 ans, entre le 16 mars, pour point

de côté survenu il y a 20 jours, avec frissons. La toux d'abord sèche est devenue grasse. Il présente de l'amaigrissement. A l'examen on voit un homme amaigri; on est frappé par la fétidité de l'haleine, T 38 ° 9. L'expectoration est hemato-purulente. On constate l'intégrité du côté gauche. A droite, en avant, on a un schéma de suppléance sous-claviculaire. En arrière, dans les 2/3 inférieurs, on note l'abolition du murmure vésiculaire avec léger souffle, égophonie et pectoriloquie aphone. Les urines sont peu abondantes. En somme c'est un syndrome d'épanchement de la base droite.

De nombreuses ponctions (Mosny) sont négatives. On fait le diagnostic de spleno-pneumonie, mais le caractère de l'expectoration fait penser à une pleurésie interlobaire fistulisée. La radio montre une opacité des 2/3 inférieurs avec image d'épanchement, mais on ne trouve pas d'image suspendue. L'après-midi après une petite hémoptisie, il rejette 1 litre 1/2 de pus.

On entend alors des bruits cavitaires, de nouvelles ponctions sont négatives. L'état s'améliore et une ponction profonde au même niveau est positive. On note la présence de pneumocoques et streptocoques, comme dans le pus de la vomique. Il est évacué en chirurgie, 10 ponctions sont négatives et empêchent l'intervention. La suppuration

se tarit et le malade quitte l'Hôpital guéri. Il meurt après 1 an 1/2 de septicemie,dans le point de départ d'après les auteurs serait l'ancienne lésion.

Observation XII. — Mêmes auteurs (résumée)

B. Marguerite. Après un accouchement au forceps, elle a fait une fièvre puerperale, puis a été prise d'une douleur violente du côté gauche, d'une toux quinteuse et sèche avec expectoration.

Le 26 août, à l'examen a des signes d'épanchement pleural, mais 3 ponctions sont négatives, T 37 ° 5 - 38 °. L'haleine est fétide et l'expectoration abondante.

En avant, on note un schéma de suppléance sous claviculaire, en arrière une matité des 2/3 inférieurs, avec vibrations diminuées et opacité respiratoire accompagnée de pectoriloquie aphone. Le cœur est légèrement déplacé. L'espace de Traube est sonore. On voit la présence de 83 % de polynucleaires et de 1 % d'eosinophiles dans la numération leucocytaire. Pas de B.K. dans les crachats. 3 ponctions sont négatives de nouveau.

Le 29 août, à la radio, à gauche, on trouve une obscurité assez générale avec image hydroaérienne du sommet. La malade refuse nouvelle ponc-

tion. Son état remonte. Sa T tombe et l'expectoration perd sa fétidité. Guérison assez rapide.

Observation XIII. — Caussade et Debert.

A. 24 ans, entre à l'Hôpital pour, toux après frissons et dyspnée. Le thorax droit présente une circulation veineuse. La percussion en avant et en arrière montre une matité des 2/3 inférieurs. On trouve une abolition du murmure vésiculaire en arrière un souffle à timbre tubo-pleurétique. La matité est limitée par une ligne horizontale,en arrière comme en avant. On pense à une pleurésie.

Plusieurs ponctions sont négatives, on se rabat sur diagnostic de spleno-pneumonie, on soupçonne l'existence d'un foyer tuberculeux ou d'une pleurésie enkystée. On assiste à l'envahissement total du poumon.

Le 17ème jour, le poumon est pris en totalité. Le souffle persiste à la partie moyenne, accompagné de broncho-égophonie et de pectoriloquie aphone.

Du 17 au 30, on a l'impression de ramolissement du bloc pulmonaire. L'expectoration apparait.

Le 38ème, la base parait dégagée, seule reste une submatité.

Le 41ème, ascention thermique avec diminution de l'expectoration se produit.

Le 50ème, nouvelle expectoration purulente.

Le 65ème, on entend un foyer siégeant à la partie moyenne de la scissure horizontale, grâce à la matité; la bronchophonie et l'expiration soufflante.

Le 72ème, véritable vomique.

Le 83ème, il fait du rhumatisme articulaire.

Et le 103ème, le foyer de la partie moyenne est plus évident. Une ponction est négative. Le sujet évolue vers la guérison.

La radio a donné le 30ème jour, une obscurité de la plage droite avec ombre uniformément opaque. Le 39ème, une ombre moins forcée à la base droite. Le 65ème le 1/3 supérieur et la base sont moins foncés quoique le 1/3 supérieur soit plus marqué. Le foyer de la partie moyenne apparait. Le 103ème, on voit une opacité allongée le long de la partie externe du poumon à limite très nette.

Observation XIV. — D'Hour et Desplat (résumée)

Yvonne H., 16 ans, entre pour pleurésie,le 7 dé-

cembre. Maladie remontant à 10 jours, débutant par un point de côté violent et intense à la base gauche, avec dyspnée. Une ponction est négative. A l'entrée. T 38 ° 5, avec légère douleur de la base gauche.

Le 8 décembre, à gauche, on trouve une matité remontant à l'épine de l'omoplate en arrière, dans la même zone les vibrations et le murmure vésiculaire sont abolis et remplacés par un souffle doux. La sonorité de l'espace de Traube est conservée.

A droite, rien. Des ponctions au 8ème et 5ème espaces sont négatives.

A la radio, ombre homogène de la base à la clavicule, les limites supérieures et inférieures sont indécises, le diaphragme est peu mobile.

L'expectoration est minime. Pas de B.K.

Le 12 décembre, nouvelle radio. En position frontale la partie supérieure et inférieure de l'opacité est moins forte. La région moyenen est plus sombre.En position oblique, on retrouve cette zone sombre se dirigeant de haut en bas et d'arrière en avant. Une ponction est faite le lendemain grâce au repérage. Elle donne issue à un pus sans odeur, avec pneumocoques. On inject 5ème de lipiodol.

Le 12, nouvelle radio. Le 1/3 supérieur et le sinus costo-diaphragmatique sont libres.On a une zone opaque à la partie moyenne, avec grand axe

dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Le lipiodol est dans portion déclive; en position oblique on a la même ombre nettement suspendue.

Le 23, après réapparition des vibrations, les signes cliniques pseudo-pleurétiques disparaissent. On ne trouve plus qu'une zone de matité peu étendue située dans l'aiselle, sur 3 travers de doigt de large, occupant 2 espaces, en hauteur. A ce niveau on perçoit un souffle. Il n'y a pas eu de vomique. Une radio montre les mêmes résultats que précédemment. La température remonte, on intervient alors:

Une ponction est faite pour contrôler. On sectionne 2 côtes sur un travers de main. La plevre est libre, on décolle la scissure symphysée et on évacue 700 cc3 de pus. Il n'y a aucune infiltration des lobes pulmonaires. On draine. La guérison se produit.

Observation XV. — Paisseau (résumée).

61 ans; est malade depuis le 26, après avoir présenté un point de côté gauche et différents autres signes pour que son médecin porte le diagnostic de pleurésie.

Il entre le 6 février, à l'examen on trouve une matité absolue de la partie inférieure du poumon

gauche, avec abolition des vibrations vocales et obscurité respiratoire. Un foyer de râles surmonte cete zone à la partie moyenne. La Radio montre une cavité hydro-aérienne. Le diagnostic est incertain entre un abcès et la pleurésie interlobaire, l'image n'étant pas conforme aux descriptions. L'expectoration est abondante. La T élevée. L'évolution se fait vers la cachexie.

A l'opération, l'exploration de la cavité donne la sensation plane de l'interlobe. Il n'y a pas de modification de l'état général et la mort survient.

A l'autopsie on constate des adhérences au niveau de la cicatrice. La pièce est examinée après durcissement au formol.

La scissure interlobaire est difficile à retrouver, rien ne la décèle. La surface du poumon est tapissée par un exsudat pleural. La scissure repérée à l'extrême niveau de la région hilaire, on arrive, en écartant prudemment les lèvres à la suivre à la face post. du poumon, vers le milieu de l'abcès. Par un travail symétrique on a repéré la partie antéro externe, qui aboutit également, au milieu de l'abcès. Il apparait enchassé nettement entre les deux extrémités de la scissure.

Par une coupe perpendiculaire on fait apparaître une volumineuse cavité, avec parois anfractueuses et bourgeonnantes. Aux deux pôles symétriques, on a un épaississement de 3 à 4 cm de la

paroi, limité par 2 placards fibreux, très denses résistants, blancs nacrés, semblant correspondre à l'accollement de 2 feuillets de la plèvre symphysée. En coupe, la totalité de la cavité a été incluse dans collodion, on voit 2 zones formées de tissu fibreux très homogène, dans lequel persiste, de chaque côté, 2 petits ilots de tissu arcolaire, ils semblent correspondre à un reliquat de tissu sous-pleural. L'examen histologique a amené la conclusion que c'est bien une pleurésie interlobaire. Dans le lobe supérieur, il y avait un petit abcès.

Observation XVI. — Legrand Ducrocy. (résumée)

C'est malade qui présenta un syndrome net de pleurésie enkystée dans l'interlobe supérieur droit, chez lequel les ponctions furent négatives. Secondairement est apparu un syndrome de pleurésie de la grande cavité confirmée par la radio.

A l'autopsie on trouve un poumon symphysé dans toute son étendue, sans aucun espace libre entre la plèvre viscérale et pariétale, donc pas de pleurésie de la grande cavité. Les lobes supérieurs, inférieurs et moyens, sont le siège d'une infiltration œdémateuse. La scissure est fermée par des adhérences, leur destruction fait pénétrer dans

une cavité extra-pulmonaire sans communication avec la parenchyme. Un pus verdâtre s'est écoulé de cette cavité.

DISCUSSION DE TOUTES LES OBSERVATIONS

Nous voyons, à quelques variantes près, dans le cas que nous avons observé, comme dans ceux retrouvés dans la littérature médicale, se reproduire la même évolution.

Dans l'histoire de tous ces malades, les antécédents, tant personnels qu'héréditaires, ne paraissent pas avoir joué un rôle important. Généralement nous avons remarqué un début brusque, caractérisé le plus souvent par des frissons, suivis presqu'aussitôt d'un point de côté très douloureux, d'une température élevée et d'une dyspnée intense. Ce mode de début n'est guère caractéristique; en effet, il se trouve généralement dans toutes les affections aigües de l'appareil respiratoire. Toutefois, nous notons la présence d'une série de petits frissons et non d'un frisson unique et solennel comme dans la pneumonie.

Pendant toute cette époque, allant du début de l'affection jusqu'à l'entrée dans un service hospitalier, période dont la durée varie suivant les observations d'une huitaine à une vingtaine de

jours. Les signes fonctionels restent les mêmes à peu de chose près. En général, ces malades se présentent à nous avec un diagnostic de pleurésie de la grande cavité, les symptômes caractéristiques du foyer purulent étant rarement apparus à cette époque.

Rapportons-nous un instant à l'étude clinique de cette affection et voyons comment elle se présente à nous généralement. Nous pourrons aussi comparer plus aisément les signes présentés par nos malades à ceux de cette maladie, les points de divergence frappant davantage l'attention.

Le plus souvent, un sujet en pleine santé est pris d'un point de côté lancinant mamelonnaire, d'une petite toux sèche quinteuse et brève,d'une dyspnée assez vive après avoir ressenti des frissons répétés. Tout d'abord les signes physiques nous apparaissent discrets, ampliation thoracique diminuée, submatité légère, silence respiratoire avec léger souffle et quelques frottements. Vu rarement à cette époque, le malade, à la période où l'examen a généralement lieu, présente toujours son point de côté, atténué pourtant. La toux persiste, la dyspnée est variable: sa température est irrégulière 38 °, 39 °; le poul est petit, rapide et serré. L'ensemble de ces symptômes est accompagné, au début du moins, par de l'oligurie. Le sujet est pâle,

présentant une tachypnée à type costal supérieur, l'incursion thoracique est diminuée. La distension de l'hémithorax est facilement démontrée, soit par le signe du cordeau, soit par l'ampliation bimanuelle. A la palpation, on constate une diminution ou une abolition des vibrations vocales. La percussion donne une matité hydrique avec résistance au doigt. Dans les petits épanchements, sa limite suspérieure est horizontale; mais dans les épanchements moyens, elle est parabolique à sommet axillaire, formant avec la colonne vertébrale un angle aigu, limitant ainsi deux triangles, un sonore situé du côté atteint et un autre mat, para-vertébral. Dans l'épanchement moyen, la sonorité de l'espace de Traube disparait. A l'auscultation on constate que les frottements ont disparu et que le murmure vésiculaire est de plus en plus affaibli ou même aboli: on note aussi, vers la limite supérieure de cette zône silencieuse, un souffle doux, lointain, expiratoire. On peut mettre encore en évidence de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone. La ponction exploratrice complètant cet examen montre un liquide citrin séro-fibrineux. Enfin un radio indique une opacité de la base très marquée, occupant soit la moitié ou les deux tiers de la plage pulmonaire. Elle parait être moins intense dans sa partie supérieure. Le cul de sac pleural est invisible, le diaphragme

immobile, la limite supérieure de cette ombre est horizontale ou même légèrement ascendante de dedans en dehors. Sa mobilité apparait facilement.

Chez le malade étudié comme dans les cas identiques, nous nous trouvons devant de nombreux signes rappelant la description que nous venons de faire. Toutefois, à un examen même peu minutieux, certaines particularités sont notées. Ainsi si on remarque une incursion thoracique diminuée, une tachypnée à type costal supérieur, on ne trouve pas de distension de l'hémithorax. S'il existe une abolition des vibrations et une matité hydrique, la limite supérieure de cette matité tranche avec l'image donnée par la courbe de Damoiseau: en effet, pas la moindre trace de triangle de Grocco et de Garland, la limite est plutôt horizontale et même légèrement inclinée de dedans en dehors. L'auscultation montre aussi une abolition du murmure vésiculaire avec égophonie et pectoriloquie aphone. Mais c'est au moment où l'on recherche le contrôle radiologique,ou que l'on veut pratiquer une ponction qu'on s'aperçoit de l'absence d'épanchement. En effet, les ponctions exploratrices sont toutes négatives, même en employant la technique de Mosny pour éviter de passer à côté d'une pleurésie bloquée. La radiographie donne des résultats souvent dissembla-

bles, comme nous le constaterons ultérieurement. Nous voyons donc, qu'après avoir soupçonné une pleurésie chez notre malade,comme les autres cas ayant eu une évolution identique, on s'est trouvé non devant une pleurésie de la base, mais devant un syndrome pseudo pleurétique tel qu'il a été décrit par Grancher sous le nom de spleno-pneumonie.

Dans certaines observations nous retrouvons ce syndrome presqu'à l'état pur, dans d'autres à l'état fruste; mais chez tous, nous l'avons, à un moment quelconque de l'évolution clinique. Nous ne retrouvons pas ce syndrome au début de l'histoire clinique des malades décrits par, Guy Laroche, Chauffard et Brodin, et R. Legrand et Mucrocq. En effet, ces trois malades ont laissé au début, entrevoir un foyer pulmonaire suspendu, foyer qui n'a pas tardé à disparaître devant le syndrome pseudo-pleurétique, qui n'est apparu dans ces cas que secondairement.

Jusqu'alors, nous voyons que notre malade est apparu uniquement sous le masque spleno-pneumonique de Grancher. Ce n'est que dans les trois observations citées à l'instant, qu'on trouve l'ébauche clinique d'un foyer suspendu, bien vite disparu d'ailleurs, mettant beaucoup plus aisément sur le chemin du diagnostic. Mais, dans les autres cas, peu de chose indique la possibilité

de la présence d'un foyer purulent à la partie moyenne des poumons. Nous savons pourtant que la maladie de Grancher n'a pas une individualité propre, ce syndrome apparait comme la conséquence d'une maladie bien caractérisée. La coexistence de cette maladie et de ce syndrome ne parait pas du tout être fortuite comme Gallois et Thiroloix l'avaient cru au début. Nous avons vu que si Armand-Dellile en a fait l'expression clinique d'une tuberculose, Bezançon une congestion banale, on peut quand même concevoir asez aisément qu'il puisse apparaître comme dans le cas que nous envisageons grâce à une réaction de voisinage produite par une collection purulente pleurale, ou par enchymateuse ou même par un abcès siégeant dans le foie comme Bezançon et L. Bernard en ont cité un cas.

Aussi, en présence de ce syndrome, le clinicien doit-il rechercher avec attention tous les indices qui peuvent le mettre sur la bonne voie et qui lui permettront de poser un diagnostic précoce.

Chez notre malade comme dans les cas rapportés plus haut, nous avons trouvé une poche purulente, siégeant dans la région scissurale. Voyons rapidement comment nous avons été amenés à la découvrir.

Notre attention a été attirée d'abord par un mauvais état général, température élevée, urines

rares, et amaigrissement. Ces signes déjà peuvent faire entrevoir la possibilité d'une suppuration profonde, mais malheureusement on n'y attache pas assez d'importance et on ne pratique pas d'une manière précoce les recherches qui pourraient permettre de confirmer cette hypothèse.

Généralement, l'attention n'a vraiement été attirée du côté suppuration intra-pulmonaire ou pleurale enkystée, que grâce à la production d'une vomique ou à la présence d'une expectoration abondante et purulente. Notre malade nous a montré peu après son entrée à l'Hôpital, une expectoration plus grasse et d'une abondance nettement plus marquée que les jours précédents. En même temps, il a constaté dans sa bouche un mauvais goût prononcé. Son haleine était aussi d'une fétidité très marquée. Déjà le diagnostic pouvait s'orienter vers une suppuration siégeant sur le trajet des voies aériennes.C'est dans la nuit qu'est apparu le symptome capital. Le malade pris de quintes de toux incessantes, rejette du pus en quantité abondante. 250 gr. environ. On pense alors tout naturellement à une suppuration pulmonaire profonde, il ne reste plus qu'à confirmer définitivement son existence sa nature et son siège.

Mais, si dans le cas que nous avons eu à examiner, la vomique a présenté des caractères tellement nets, malgré l'absence d'hémoptysie, que

nous n'avons pu la laisser de côté, il est des cas où il faut la rechercher très attentivement. Au lieu de se présenter avec les caractères classiques, fétidité de l'haleine, hemoptysie et au milieu de quintes de toux, rejet de pus; nous trouvons souvent des formes frustes, caractérisées par des crachats purulents présentant par moment une légère recrudescence. A opposer à cette évolution nette de la vomique chez notre sujet, nous avons trouvé une cas intéressant, celui rapporté par (D'Hour et Desplat) où il ne fut jamais constaté de vomique, même numullaire. Si, au début, ces auteurs ont aussi constaté un syndrome pseudo-pleurétique, ultérieurement, la poche purulente tout d'abord masquée,ne leur est pas apparue que grâce à d'autres symptômes. On conçoit facilement, en présence du syndrome spleno-pneumonique, la difficulté que peut amener pour faire un diagnostic cette absence de vomique surtout quand le manque de ce symptôme est accompagné d'une expectoration minime.

Dans tous les autres cas, la production d'une vomique a amené une diminution tout au moins momentanée du mauvais état général et de la température.

Une recherche qui peut être intéressante à pratiques est la numération lencocytaire. Quand elle est faite comme dans les cas d'Ardin Deltheil, elle

est nettement en faveur d'une suppuration (80 % en moyenne de lencocytes polynucleaires).

A ce moment, on se trouve donc en présence de malades ayant un syndrome pseudo pleurétique de la base, masquant une suppuration profonde, diagnostiquée, grâce à une vomique. Il nous reste à confirmer son existence et surtout son siège, quand à sa nature, nous l'envisagerons plus loin.

Pour poser avec plus de précision son diagnostic, il importe de bien suivre l'évolution de nos sujets, l'auscultation attentive où la percussion peut nous donner la notion de présence d'un foyer suspendu, ce syndrome apparaissant généralement petit à petit, nous le verrons se préciser graduellement.

Le plus souvent, c'est la ponction profonde et la radiographie qui ont donné les indications les plus intéressantes dans les cas cités plus haut.

La ponction pratiquée dans la région moyenne du thorax, en suivant le trajet de la scissure inférieure dans notre cas, a donné un résultat positif quand elle fut faite sur la ligne axillaire. Nous avions été amené à la pratiquer dans cette région à cause du souffle caverneux, accompagné de bruits hydro-aériques,entendus à l'auscultation de cet endroit,on retrouve alors la présence de pneumocoque dans le pus retiré. La ponction a été pratiquées avec de longues aiguilles à calibre assez

élevé, nous notons qu'il est indiqué de changer de trocart à chaque essai pour éviter un ensemencement possible des tissus sains.

Dans d'autres cas, ce n'est que la radiographie qui amène les cliniciens à faire la ponction dans la région pulmonaire moyenne, vers une scissure. Nous voyons que ces ponctions furent pratiquées avec des vicissitudes diverses suivants les auteurs. Ainsi, Ardin Deltheil, après avoir fait une ponction positive, envoie son malade au chirurgien qui,devant 10 ponctions négative se refuse d'opérer.

C'est la présence d'un foyer cavitaire qui nous fit pratiquer la ponction dans la région pulmonaire moyenne, il ne parait pas s'être montré d'une façon aussi nette dans toutes les autres observations, c'est souvent beaucoup plus tard, longtemps après la vomique que nous voyons apparaître ce symptôme à l'auscultation ou à la percussion.

Mais, de tous les moyens d'investigations employés, chez l'ensemble de ces malades, la radiographie et la radioscopie, nous paraissent particulièrement intéressantes, aussi allons-nous étudier avec intérêt les résultats obtenus.

Dans notre observation nous n'avons malheureusement pu pratiquer cet examen qu'après l'amélioration passagère qui suivit la vomique. Nous

trouvons alors dans les 2/3 inférieurs de la plage pulmonaire droite, une image sombre, dont la limite supérieure peu précise, semble remonter vers la 5ème côte. Le cul de sac diaphragmatique est invisible. A ce moment, l'image radiologique de la poche, soupçonnée à l'auscultation, n'apparait pas. Ce n'est qu'au deuxième examen, pratiqué trois jours après, que nous voyons vers la partie moyenne du poumon, tranchant, avec l'opacité précédente que nous retrouvons, une zone plus sombre surtout dans sa portion inférieure, barrant transversalement le thorax. Dans ce cas particulier, l'examen radioscopique n'avait fait que confirmer les résultats déjà acquis.

Mais, dans les observations que la littérature médicale nous a léguées, il n'en fut pas toujours de même. Ainsi dans certaines, nous voyons que la ponction profonde n'a pu être pratiquée efficacement que grâce aux résultats radiographiques précoces. La grande divergence des résultats obtenus par cet examen, nous apparaît intéressante à noter.

Chez son malade, Guy-Laroche a trouvé radiologiquement, un foyer suspendu en forme de coin interposé aux lobes gauches, montrant ainsi l'existence du foyer purulent qui avait été entrevu au début de l'évolution clinique de ce sujet.

Chauffard note, dans une de ses observations,

une obscurité très prononcée correspondant à la zone de matité, au-dessus, il existe une zone claire, arrondie, contenant du liquide dont le niveau atteint le 4ème espace. Dans une autre observation, il note une opacité absolue occupant toute la base gauche remontant jusqu'à la limite supérieure de la matité, en plus, il indique que la succussion est négative à l'écran et que les mouvements du malade sont sans influence sur la limite de cette obscurité. Dans une autre observation, avec Brodin, il voit l'image lacunaire correspondante au foyer suspendu, entrevu auparavant. Cette radio devient-elle même négative, quand le masque pleurétique s'est installé secondairement comme on l'a déjà vu.

Ardin Deltheil cite une radio ne donnant tout d'abord qu'une obscurité de la base, puis, ultérieurement, il voit apparaître une image suspendue tranchant par son obscurité plus accentuée avec l'image sombre primitive des 2/3 inférieurs du poumon.Dans une autre observation,il a vu une ombre des 2/3 inférieurs, qui ne laissait apparaître une image suspendue dans aucune des radioscopies ultérieures. Sa 3ème observation nous donne les mêmes renseignements que ceux indiqués pour le 1er malade de Chauffard.

Debert et Caussade, voient, eux aussi, une ima-

ge sombre de toute la base qui ne tarde pas à laisser apparaître une ombre suspendue.

D'Hour et Desplats ont montré par leur 2ème radiographie une ombre suspendue qui est apparue encore plus nettement dans leur 3ème radiographie.

En résumé nous pouvons ramener les résultats radioscopiqes ou radiographiques à quatre types :

a) Ombre totale de la base ne laissant, à aucun moment de l'évolution, apparaître une ombre suspendue.

b) Ombre totale de la base, laissant voir ultérieurement une image plus sombre à type suspendue.

c) L'image radiologique suspendue apparait à tous les examens.

d) L'image suspendue d'abord apparente, ne tarde pas à disparaître dans une obscurité totale des 2/3 inférieurs du poumon.

A part les cas où l'obscurité reste complète à tous les examens, cas peu fréquents, la radio nous donne des renseignements intéressants ; surtout quand nous pouvons la combiner à la ponction. Une injection de lipiodol, comme, D'Hour et Desplat, Armand Delille et Vibert, l'ont pratiquée,

peut en même temps, donner des renseignements beaucoup plus précis sur la localisation et sur la forme de la poche.

On peut même concevoir qu'une stereographie dans certains cas, peut donner une idée assez nette de la localisation.

La nature du pus donne le plus souvent, un renseignement intéressant, en montrant la présence fréquente de pneumocoques et beaucoup plus rarement de steptocoques. Un autre résultat très intéressant, c'est l'absence de B.K. dans l'expectoration.

La vomique, n'ayant pas fait suffisamment évacuer le pus, la poche purulente étant ainsi mal drainée, la température de notre malade remontant et son état général empirant, l'abcès d'aigu au début, ayant l'air d'évoluer vers la chronicité, une intervention fût pratiquée; mais comme nous l'avons déjà dit, il ne fut pas possible de voir exactement si le pus venait de l'interlobe, ou seulement de la région périscissurale. Les résultats de cette opération ne furent pas ceux qu'on attendait et notre malade mourut, sans autopsie. Malgré tout, nous pensons assez facilement que nous nous sommes trouvés devant un porteur d'abcès pulmonaire périscissural, masqué par un syndrome pseudo-pleurétique.

Il est intéressant de voir ainsi, qu'elle a été l'évolution clinique des malades, dont l'histoire nous est décrite dans la littérature. Nous remarquons tout de suite, que la plupart de ces observations nous sont décrites sous le titre de pleurésie interlobaire évoluant sous un masque splénopneumonique de la base. Actuellement, avec l'exposé fait plus haut sur la fréquence relative de cette affection par rapport aux abcès pulmonaires, nous pourrions nous en étonner, si nous n'avions pas appris en même temps que jusqu'à ces dernières années on portait ce diagnostic avec une grande facilité, négligeant le plus souvent la possibilité d'un abcès périscissural. Nous faisons cette remarque parce que l'évolution de ces sujets nous parait dans certains cas se rapprocher plus de celle d'un abcès que d'une pleurésie interlobaire.

En effet, nous constatons tout d'abord, que la proportion des malades ayant évolué vers la guérison, sans aucune intervention, est assez forte. Près de 40 % des cas cités plus haut; cette évolution, d'après les notions admises, nous parait appartenir plutôt au domaine de l'abcès pulmonaire aigu qu'à celui de la pleurésie interlobaire.

Chez les sujets ayant subi une intervention chirurgicale, l'évolution vers la guérison c'est produite dans les 2/3 des cas; c'est un argument en faveur de la possibilité d'un enkystement pleu-

ral, mais ce n'est pas une preuve suffisante contre un abcès, car il est des cas d'abcès chronique guéris par une opération. Seule une intervention bien contrôlée peut faire pencher en faveur du diagnostic d'épanchement interlobaire. Le cas cité par D'How et Desplat parait avoir fait une preuve suffisante de pleurésie interlobaire, tant par le contrôle minutieux fait par les auteurs, durant l'opération, que par la notion encore classique de la production tardive de la vomique dans les pleurésies interlobaires en opposition avec son apparition récente dans l'abcès, or nous avons noté l'absence de ce symptôme jusqu'à l'intervention.

Parmi les autopsies pratiquées,n'ont vraiment été concluantes en faveur de la pleurésie interlobaire que celles de Paisseau, et de Legrand et Durocqs. Les autres ne présentent aucun intérêt pour différentier les abcès des pleurésies interlobaires, car elles étaient faites en vue de voir l'état du poumon sous-jacent.

Si nous étudions maintenant le diagnostic différentiel de ces suppurations de la région scissurale, nous remarquons tout de suite, que durant toute la première partie de leur évolution, elles disparaissent devant le masque pseudo-pleurétique, ce n'est qu'à une période ultérieure qu'elles apparaitront cliniquement. A cette époque, le foyer est le plus souvent ouvert, nous aurons donc

à éliminer toutes les affections pouvant produire un foyer caverneux à la région moyenne. Ce sera principalement une caverne tuberculeuse, ou une dilatation des bronches qu'on aura à différencier avec les abcès périscissureux, ou les pleurésies interlobaires.

La caverne tuberculeuse, nous le savons, siège principalement vers le sommet, rarement dans la région scissurale. De plus, nous avons noté l'absence de B.K. dans les crachats, quand à l'évolution dans la tuberculose, nous avons le plus souvent une évolution beaucoup plus torpide, moins rapide. Cependant Debert à pensé à son existence possible.

La dilatation des bronches se distingue aussi assez facilement grâce à son expectoration caractéristique, à son état général moins atteint, à son polymorphisme microbien et à certains examens employés assez souvent comme la radiographie après injection intratracheale du lipiodol, ou la bronchoscopie qui montre la dilatation bronchique.

La gangrène pulmonaire est tout juste à noter tout au début, on peut avoir à éliminer le kyste hydatique ou le néoplasme du poumon, ce qui est assez facile.

Nous voyons donc que dans ces cas, il ne reste

plus qu'à envisager l'abcès et la pleurésie nous ne reviendrons pas sur ce que nous savons déjà, que leur diagnostic différentiel est presque impossible, ce n'est que par présomption de fréquence ou simple intuition, qu'on peut poser le diagnostic.

Seule l'intervention ou l'autopsie, tranche la question définitivement. La nature de l'épanchement est donnée par les recherches microbiennes; on doit connaître l'existence des abcès aseptiques d'origine amibienne. L'emploi de lipiodol, ces derniers temps, peut amener à se faire une idée de la localisation, mais non une certitude.

Nous venons de voir, que le plus souvent, ces suppurations de la région moyenne correspondaient à des abcès, aussi, pour exposer leur traitement le plus rationnel, rapportons-nous aux idées exposées ces dernières années,soit par Sergent, Bezançon, Lemierre et ces jours-ci par Kindberg et Monod, à la Société Médicale des Hôpitaux, ou par Bezançon, dans Paris Médical..

Au début, devant un abcès aigu simple ou putride, il faut savoir attendre, car 25 pour cent des cas environ, guérissent d'une façon spontanée. Cette abstention ne doit être que provisoire, car la guérison se réalise dans un délai de 6 semaines, ou ne se produit pas. On peut mettre en œuvre, dans cette période médicale, certaines thérapeu-

tiques, qui soit dit en passant, donnent des résultats très dissemblables. Nous citerons par exemple, les vaccins, les sérums, l'auto-hémothérapie, etc..., en faisant toutefois une place à part à l'émétine qui, même en dehors des abcès amibiens parait avoir donné des résultats intéressants à certains auteurs.

Après cette période d'attente d'environ deux mois,pour une collection purulente à type d'abcès banal, il semble que l'opération de choix soit la pneumotonie avec drainage, bien que toute opération, dans ces cas là, soit d'un pronostic plutôt grave. On conseille de la réaliser en plusieurs temps, avec des soins très minutieux post-opératoires.

On a tenté, avant de se résoudre à une intervention qui se révèle grave, de pratiquer une collapsothérapie grâce à la phrenicectomie dans certains cas, à la thoracectomie dans d'autres, ou au pneumothorax artificiel. Ces méthodes ne paraissent avoir que des indications exceptionnelles. Le pneumothorax en particulier, doit être rejeté selon beaucoup d'auteurs.

La méthode bronchoscopique a été employée par de nombreux cliniciens. Cette méthode mise en œuvre au début, peut aider l'évolution favorable. Elle peut, dans des cas plutôt chroniques

ou évoluant par poussées, constituer une thérapeutique pallicitive assez efficace, si l'on crain les dangers d'une intervention. Pour quelle puisse donner des résultats, il faut toutefois qu'une fistule fasse communiquer la poche aux bronches.

Quand à la pleurésie interlobaire, elle parait être plus justiciable de la ponction ou de l'intervention chirurgicale, mais comme le plus souvent le diagnostic entre un abcès et une pleurésie est hésitant, il semble préférable de suivre la conduite indiquée pour un abcès, c'est-à-dire traîtement médical d'abord, puis, devant le passage à la chronicité, ou quand l'évolution se produit par poussée, tenter une intervention.

CONCLUSIONS

1° Il est souvent difficile de poser le diagnostic positif d'un abcès pulmonaire de la région périscissurale ou d'une pleurésie interlobaire, quand cette collection est masquée par un syndrome pseudo-pleurétique de la base.

2° Dans ce cas, le syndrome suspendu habituellement perçu dans ces localisations purulentes, peut manquer pendant longtemps.

3° La présence d'un mauvais état général du malade, d'une expectoration purulente sans B.K., ou d'une vomique, est souvent le premier indice faisant supposer l'existence de cette suppuration non tuberculeuse avant l'apparition tardive de ce syndrome suspendu.

4° Dans certains cas, plutôt rares, la radioscopie n'est pas d'un grand secours. Le plus souvent, elle permet d'affirmer le diagnostic, car le syndrome suspendu radiologique, ou ne disparaît pas complètement, ou paraît généralement à la moindre ébauche du syndrome suspendu clinique.

5° La ponction profonde pratiquée dans la région scissurale apporte la preuve positive de la présence d'une poche purulente; elle doit être renouvelée, si une première tentative n'a rien donné. Sa pratique peut être facilitée par le contrôle radioscopique.

6° Cliniquement, il est très difficile de localiser exactement la collection, dans la scissure ou dans le parenchyme pulmonaire périscissural. Le plus souvent, c'est uniquement à l'autopsie ou à une intervention chirurgicale très attentive qu'on fait la localisation exacte. Seule cliniquement, la présomption de fréquence peut, à moins d'indication contraire, faire penser chez l'adulte, à un abcès pulmonaire périscissural plutôt qu'à une pleurésie interlobaire.

Vu :
Le Doyen,
Pour le Doyen l'Assesseur,
BALTHAZARD

Vu :
Le Président de thèse,
BEZANÇON

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Ardin Deltheil et Raynaud. — Spleno-pneumonie et pleurésie interlobaire (Paris médical, 12 juin 1920).

Ardin Deltheil, Dervieu et Levy Valensi (Alger). — (Paris médical, 31 mars 1923).

Armand Dellile et Vibert. — Pleurésie interlobaire masquée par une spleno-pneumonie. (Bull. et mem. de la Soc. méd. des Hôpit., 28 mai 1926).

Armand Dellile et Gaucher. — Le diagnostic par le lipiodol des pleurésies enkistées. (Gazette médicale de France, 15 mars 1930).

Barth. — De la speno-pneumonie. (Gazette des Hôpitaux, 1890).

Baudoin. — Contribution à l'étude de la spleno-pneumonie. (Bull. et mem. de la Soc. méd. des Hôpit., juillet 1910).

Bezançon et de Jong. — Congestion pluno-pulmonaire. (Annales de médecine, 1914).

Bezançon F. et L. Bernard. — (Bull. et mém. de la Socl méd. des Hôpit., décembre 1927).

Bezançon F. — (Paris médical, tome XIX, n. 7, 16 février 1929).

Bezançon F. Chevalley Oumansky. — Cinq cas de suppurations pulmonaires à guérison apparente. (Bull. et mem. de la Société médicale des Hôpit., Paris 1927).

Bourdel. — De la spleno-pneumonie. (Revue générale de linique et thérapeutique, 1888, n. 31, 47, 48).

Caussade et Logre. — Pneumoccocie pulmonaire prolongée à forme pseudo-pleurétique et pseudo-cavitaire. (Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp., avril 1913).

Caussade et Debert. — A propos d'un cas de spleno-pneumonie. (Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. décem-1921).

Chauffard. — Sur un cas d'empyeme gangréneux interlobaire recueilli par Soucque. (Bull. médical, 1889, n. 98).

Debert. — Thèse Paris, 1922.

D'Hour et Delplat (Lille). — Syndrome spleno-pneumonique et pleurésie interlobaire. (Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp., 26 octobre 1928).

Dieulafoy. — (Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1898-99, tome III). La pleurésie interlobaire.

Ducatillion. — De la spleno-pneumonie à forme prolongée. Thèse Lille 1908.

Epagneul. — Les syndromes pseudo-pleurétiques de la base dans les pleurésies interlobaires. (Thèse Paris, 1922).

Faisan. — Bulletin médical, 6 juilet 1892.

Fiessinger et Olivier. — Abcès gangréneux exploré par une injection de lipiodol lourd. (Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp., avril 1926).

Fiessinger et André Lemaire. — Presse médicale, 27 février 1926.

Grancher. — De la spleno-pneumonie. (Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. 1884).

Guy Laroche, Brodin, Chauffard. — Syndrome pseudo-pleurétique de la base, dans les pleurésies interlobaires. (Annales de médecine, juin 1914).

Jeoffroy. — Des différentes formes de la broncho-pneumonie. (Thèse d'Agregat, 1880).

Kindberg et Monoch. — Les indications chirurgicales dans les suppurations pulmonaires. (Société médicale des Hôpitaux, 4 avril 1930). (Presse médicle, 9 avril).

Kourilsky. — (Thèse Paris 1927). Abcès du poumon.

Legrand, Ducrocq. — Spleno-pneumonie et pleurésie interlobaire. (Réunion médico-chirurg., Lille, 1927).

Mœshati. — Contribution à l'étude des pleurésies interlobaires. (Thèse Paris, 1927).

Paillard. — Le diagnostic des suppurations broncho-pulmonaires. (Journal médical Français, mai 1920).

Paillard. — Les pleurésies enkystées. (Journal médical français, novembre 1924).

Paisseau, Vialard, Ourmansky. — Presse médicale 1929.

Paisseau, Salomon. — Grands abcès du poumon étude radiologique. (Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux, avril 1922).

Pesle. — Contribution à l'étude des rapports de la spleno-pneumonie et des pleurésies interlobaires. (Thèse Alger, 1920).

Pruvost. — Suppurations broncho pulmonaires difficulté du diagnostic des pleurésies atypiques. (Hôpital 1928).

Roman-Guignot. — (Revue de médecine 1908).

Sergent et Kourilsky. — (Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux, 18 mars 1927).

Sergent. — (Presse médicale. 22 août 1900). Fausses guérisons par vomique dans les pleurésies interlobaires méta-pneumoniques.

Thiroloix, Rosenthal. — Spleno-pneumonie réaction initiale de la pyopleurite interlobaire. (Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp., juillet 1907).

Voillez. — Maladies aiguës, appareil respiratoire. Paris 1872, page 391.

Imprimerie Spéciale de la Librairie Marcel Vigné